DISSERTATION

N° 192.

SUR

L'APOPLEXIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 17 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR FRANÇOIS PETIT, de Châtel-Gérard,

Département de l'Yonne;

Ancien Élève des hôpitaux et hospices civils de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, *Examinateur*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, *Président*.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur*.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL, *Examinateur*.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Suppléant*. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud, *Suppléant*.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon, *Examinateur*.
Brongniart.	Piorry, *Examinateur*.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

DE MA MÈRE.

Regrets éternels !

AU MEILLEUR DES PÈRES.

A MES FRÈRES,

MES MEILLEURS AMIS.

A MON ONCLE QUÉAU,

Médecin à Châtel-Gérard.

Gage de respect, d'amitié et de reconnaissance.

F. PETIT.

INTRODUCTION.

Placé sur un théâtre où l'apoplexie joue le principal rôle, tant d'occasions m'ont été offertes de l'observer et sous des formes si variées, qu'il m'a paru naturel de l'adopter pour le sujet de ma thèse. J'aurais pu reculer devant les nombreux et volumineux écrits qu'elle a fait naître; mais mes scrupules ont disparu, et mon zèle s'est ranimé, en réfléchissant à sa fréquence, aux fonctions importantes qu'elle altère, et détruit même dans un grand nombre de cas; à l'aspect effrayant sous lequel elle se présente toujours.

Ces considérations justifient la hardiesse de mon entreprise, comme elles doivent rendre légitimes au moins les nombreux efforts qu'ont faits les auteurs, tant anciens que modernes.

Exposons d'abord les hypothèses bizarres à l'aide desquelles les anciens se rendaient compte des phénomènes auxquels cette affection donne naissance, non pour en faire ressortir le ridicule, mais plutôt pour faire connaître jusqu'où l'esprit peut s'égarer en pathologie, lorsqu'il ne s'appuie point sur l'anatomie pathologique.

Les auteurs le plus anciennement connus l'attribuèrent à la rétention du fluide vital, du fluide nerveux, qu'ils croyaient être sécrété par la glande pinéale ou par le cerveau. *Arétée* admettait une déperdition soudaine et instantanée de la chaleur animale. *Galien* supposait l'opplétion subite des ventricules du cerveau par une humeur froide et mélancolique. *Paracelse* alla jusqu'à imaginer l'existence de trois gouttes de sang suspendues au cerveau; et, suivant que la goutte droite, gauche ou centrale, tombait sur le cœur, elle produisait la paralysie du côté droit, du côté gauche ou la mort.

Sans nous arrêter plus long-temps aux rêves de nos ancêtres, arrivons à une époque où l'étude de l'anatomie descriptive et pathologique n'étant plus entravée par de vains préjugés et l'influence politique, on vit l'édifice médical être reconstruit sur de nouvelles bases; et dès-lors un nouveau jour vint dissiper le nuage obscur qui cachait la nature de cette maladie.

Mais alors vinrent une foule de divisions. *Sauvages* n'a pas classé l'apoplexie, puisqu'il confond sous ce nom toutes les affections cérébrales caractérisées par la perte du sentiment et du mouvement. M. *Portal*, dans les deux Mémoires présentés à l'Institut dans les années 1782 et 1803, et qu'il a depuis réunis en un seul, n'établit d'autre division de la

maladie que celle résultant naturellement des causes apparentes. Cette méthode, essentiellement *hippocratique*, rend son traité un des meilleurs à consulter pour l'appréciation des faits particuliers. C'est à peu près de cette manière que le docteur *Lullier Winslow* a traité de l'apoplexie dans le grand Dictionnaire des sciences médicales.

Il la divise, 1°. en *idiopathique* par épanchement sanguin ou séreux dans les ventricules cérébraux; 2°. en *idiopathique* par épanchement sanguin, séreux ou purulent dans l'épaisseur du cerveau; 3°. en *idiopathique* par développement de tumeur; 4°. en *idiopathique* par réplétion sanguine artérielle; 5°. en *idiopathique* par réplétion sanguine veineuse; 6°. en *idiopathique* par réplétion des *sinus;* 7°. en *idiopathique* nerveuse; 8°. en *symptomatique* nerveuse. Bichat, et à son exemple *Montain*, tout en niant l'existence de l'apoplexie séreuse, placent indistinctement le siége de cette maladie dans les systèmes vasculaires ou dans le nerveux. (*Voyez* Montain, Traité de l'apoplexie.) M. Moulin (Traité de l'apoplexie, Paris, 1819) a divisé l'hémorrhagie cérébrale en *active* et en *passive*. L'auteur a voulu baser cette division sur la cause prochaine de cette maladie, et il fait dépendre l'hémorrhagie active de la déchirure des vaisseaux dans l'épaisseur du cerveau, tandis que l'hémorrhagie passive, selon lui, dépendrait uniquement de l'exsudation du sang

dans la cavité des ventricules, et sans déchirure des vaisseaux. Cette distinction, qui n'est appuyée par aucun fait, me paraît hasardée.

D'après de nouvelles recherches d'anatomie pathologique, et les expériences de MM. *Riobé*, *Lallement*, *Pinel Grandchamp*, *Foville*, *Serres*, *Rochoux*, *Moulin*, *de Droulin* et *Rostan*, il paraît prouvé que l'apoplexie est toujours sanguine, et c'est en la considérant sous ce point de vue que je me propose de traiter cette maladie, regrettant de ne pouvoir y joindre un certain nombre d'observations que j'ai recueillies à la Salpêtrière.

DISSERTATION

SUR

L'APOPLEXIE.

DESCRIPTION GÉNÉRALE.

Définition de cette maladie.

Apoplexie vient du mot grec *αποπληττειν*, qui signifie *frapper fort*, parce que les sujets qui en sont atteints tombent tout à coup, comme frappés de la foudre.

Si le but d'une définition est de faire connaître *à priori* l'objet dont on s'occupe, et de le caractériser d'une manière reconnaissable à tous les yeux, il me paraît plus convenable de définir les maladies non d'après les résultats d'anatomie pathologique, mais d'après leurs symptômes les plus saillans, les plus tranchés et les plus caractéristiques; ainsi, je crois donc devoir définir cette maladie : l'altération ou la cessation complète et subite des fonctions des sens et des mouvemens volontaires, suite d'une hémorrhagie du cerveau par rupture, avec altération plus ou moins profonde de sa substance.

De toutes les distinctions qu'on a faites de cette maladie, la meil-

leure, à mon avis, est celle qui est basée sur l'intensité des symptômes, et j'admets, par conséquent, avec un grand nombre d'auteurs, une apoplexie légère ou faible, une apoplexie forte et une apoplexie très-forte ou foudroyante : toutefois je n'en donnerai pas la description séparée.

Causes.

Les causes de l'apoplexie sont prédisposantes et efficientes ; les premières sont divisées en *individuelles*, *hygiéniques* et *organiques*.

Causes individuelles. L'apoplexie arrive à tout âge ; mais c'est surtout vers le déclin de la vie qu'elle est le plus à redouter. Des circonstances à peu près semblables dans la structure de l'homme et de la femme sembleraient les rendre également disposés à cette maladie ; mais le premier, en raison de ses habitudes, de son genre de vie, paraît en être plus souvent atteint que la femme, dont les mœurs sont douces, les travaux moins pénibles, et la sobriété plus strictement observée. Beaucoup de médecins admettent une disposition héréditaire, et l'expérience est venue plus d'une fois à l'appui de leur opinion. On a désigné, comme ayant une influence manifeste sur sa production, une constitution (dite *apoplectique*) dont les traits principaux sont, un embonpoint excessif, la coloration vive de la face, une tête volumineuse supportée par un cou gros et court ; beaucoup d'auteurs en ont exagéré l'importance : en effet, d'après les observations de M. *Rochoux*, on rencontrerait un plus grand nombre d'apoplectiques parmi les individus d'un embonpoint ordinaire. *Cabanis* n'a-t-il pas dit que l'apoplexie était la récompense que la nature réservait aux hommes de lettres, doués pour la plupart d'une constitution faible et délicate ?

Causes hygiéniques. L'automne et l'hiver sont les saisons où l'on voit le plus d'apoplectiques. Les observations de M. *Rochoux*, et celles recueillies à la Salpêtrière, confirment cette assertion. Le froid très-

vif, et surtout, d'après la remarque de M. *Fizeau*, le relâchement qui accompagne le dégel, influent d'une manière inquiétante sur les individus affectés de paralysie par suite de cette maladie. M. *Portal* dit avoir observé à Paris un grand nombre de vieillards apoplectiques pendant plusieurs hivers humides; enfin on doit ranger parmi les causes hygiéniques une chaleur excessive, les professions sédentaires, un régime très-substantiel, une vie molle et oisive succédant à beaucoup d'exercice; l'étude, les fortes contentions d'esprit, surtout après le repas; l'usage des boissons spiritueuses et excitantes; la respiration de certains gaz, les passions vives, les bains chauds et tous les efforts violens.

Causes organiques. Ce sont, d'après *Bayle*, l'hypochondrie, la manie, l'altération crétacée des artères, sur laquelle insiste *Morgagni;* les compressions de l'aorte, l'engorgement des poumons, les anévrysmes du cœur, et surtout l'hypertrophie du ventricule gauche, que *Corvisart* regarde comme la plus fréquente, puisqu'il avance qu'on l'observe chez les trois quarts des personnes qui sont frappées d'apoplexie, ce qui est loin d'être confirmé par l'observation; l'amputation d'un membre, qui, comme l'observe M. *Richerand*, en diminuant le cercle circulatoire, active d'autant plus la circulation; l'irritation des méninges (suivant M. *Récamier*).

Causes efficientes. La plupart des causes ci-dessus énumérées peuvent, par leur continuité d'action, faire naître l'apoplexie, et même un grand nombre d'entre elles pourraient être rangées au nombre des causes efficientes; mais on s'accorde généralement à ne donner ce nom qu'à celles dont l'action n'est mise en jeu qu'au moment de l'attaque; telles sont l'indigestion, l'ivresse, l'épilepsie, une passion vive, un accès de colère, l'impression subite d'un froid violent ou d'une chaleur excessive, le coït, la grossesse, les efforts de l'accouchement. Le mode d'action de ces diverses causes a été expliqué longuement par tous les auteurs que nous avons cités: nous ne nous y

arrêterons pas; qu'il nous suffise de savoir que presque toutes agissent ou doivent agir en portant momentanément vers l'encéphale une plus grande quantité de sang que dans l'état ordinaire, ou bien en s'opposant à son retour facile et naturel.

Quoique nous ayons énuméré un grand nombre de causes, il arrive néanmoins, et même dans les trois quarts des cas, que l'apoplexie arrive sans qu'on puisse reconnaître l'action d'aucune d'elles. Il faut donc qu'en dehors de toutes ces causes il s'en trouve de plus efficaces et de plus prochaines. Où les chercher, sinon, comme l'a fort bien dit M. *Rochoux*, dans une altération préalable et particulière du tissu même du cerveau?

Symptômes.

L'apoplexie débute, le plus ordinairement, d'une manière brusque, instantanée; cependant, comme il arrive souvent des phénomènes qui semblent l'annoncer ou la faire craindre, nous les rangerons en deux ordres : dans le premier nous énumérerons les phénomènes précurseurs; dans le deuxième, ceux de l'attaque proprement dite.

Ordre premier. *Phénomènes précurseurs ou prodromes.* Plus ou moins nombreux, plus ou moins réunis ou séparés, ils ne sont pas toujours liés à l'instantanéité de l'apoplexie, et peuvent se montrer aussi dans beaucoup d'autres maladies. Tels sont ceux qu'on décrit généralement tintemens d'oreilles, vertiges, étourdissemens, douleurs de tête, penchant au sommeil, apparition de bluettes lumineuses, réponses lentes, affaiblissement de la vue, de l'ouïe, de la mémoire, du jugement; gonflement des jugulaires, palpitations, affaiblissement des membres d'un côté du corps, fourmillement, inquiétudes, et même légères secousses convulsives.

Ordre deuxième. *Symptômes essentiels ou de l'attaque.* Perte subite de connaissance, abolition plus ou moins complète de la sensibilité et de tous les mouvemens de la vie animale; mais le plus souvent hé-

miplégie ou paralysie partielle de quelques membres, de quelques organes ou seulement de quelques muscles; stupeur profonde, état comateux; la respiration et la circulation sont les seules fonctions dont l'exercice se continue, encore celle-ci est-elle difficile, souvent suspirieuse, rarement naturelle; déviation, torsion de la bouche, entraînée du côté opposé à la paralysie; épaississement remarquable de la langue, dont la pointe est déviée quelquefois du côté du corps privé de mouvement; pouls ordinairement fort, dur et lent; battemens violens des artères temporales, tuméfaction du cou et du visage, coloration plus ou moins prononcée, souvent lividité de ces parties; yeux saillans, ternes, rouges et humides; pupilles immobiles, surtout du côté paralysé, contractées ou dilatées d'une manière souvent inégale : les odeurs les plus pénétrantes ne produisent aucune impression. Cet état s'aggrave souvent de plus en plus; l'hémiplégie devient plus profonde, le malade est insensible à toute sorte d'irritation. Quelquefois les membres paralysés sont agités de mouvemens convulsifs; les yeux deviennent plus ternes, la rétine de plus en plus impassible aux rayons lumineux; les pupilles restent immobiles, la distorsion de la bouche augmente; les joues, distendues par l'air à chaque expiration, simulent l'action du fumeur; les dents grincent avec bruit, la respiration est profonde et stertoreuse; le pouls devient irrégulier, inégal, intermittent, en conservant encore une apparence de plénitude; d'autres fois il s'affaiblit et devient par degrés insensible. La déglutition devient impossible; les liquides avalés passent dans la trachée-artère et provoquent la toux, ou bien ils tombent avec bruit à travers le pharynx paralysé : les urines et les matières fécales s'échappent involontairement de leur réservoir, et répandent une odeur de souris, odeur dont les anciens méconnaissaient l'origine, et qu'ils regardaient comme un signe pathognomonique de cette maladie : enfin le froid s'étend des extrémités au tronc, le pouls s'accélère de nouveau, faiblit par degrés, la face se couvre d'une sueur froide, la respiration s'éteint et la mort termine la scène.

Lorsque l'hémorrhagie cérébrale doit se terminer d'une manière

favorable, il arrive quelquefois que les symptômes essentiels disparaissent assez rapidement; mais le plus souvent ils diminuent d'une manière graduée, soit par les efforts de la nature, soit par les secours de l'art. Dans ce dernier cas, le malade recouvre insensiblement sa connaissance; ses facultés intellectuelles et sensitives se rétablissent peu à peu; la paralysie ne s'en va pas aussi vite, rarement elle disparaît avant deux ou trois mois, et les parties affectées ne peuvent presque jamais acquérir leur force primitive; il reste toujours un peu de faiblesse, de l'engourdissement, une obtusion remarquable du tact; enfin des individus restent paralysés toute leur vie.

Suivant la rapidité du développement de ces symptômes, leur intensité et les résultats de l'anatomie pathologique, la plupart des auteurs modernes ont divisé l'apoplexie en *faible, forte* ou *foudroyante;* d'autres n'admettent que deux divisions : l'indication thérapeutique étant toujours à peu près la même, et les symptômes qui caractérisent ces divers degrés n'étant pas toujours bien tranchés, nous ne les décrirons point séparément. Il est facile d'ailleurs de s'en faire une idée assez juste en substituant aux symptômes que nous avons énumérés un degré d'intensité moindre ou plus considérable. C'est ainsi que par l'apoplexie foudroyante, le malade, frappé inopinément comme d'un coup de foudre, tombe sur-le-champ paralysé et privé de connaissance; on voit souvent du sang jaillir des yeux, des oreilles, de la bouche et du nez; la respiration est stertoreuse, le pouls devient bientôt insensible, et au bout de quelques heures la mort succède au carus dans lequel le malade était plongé.

Marche, durée et terminaison.

L'apoplexie est une des maladies qui offrent le plus de variétés dans leur marche, bien que sa durée n'excède pas, en général, celle des maladies aiguës.

Tantôt elle débute avec des symptômes légers, qui, s'aggravant de plus en plus, déterminent la mort. Tantôt, très-violente à son inva-

sion même, elle devient moins intense par degrés, et se termine par la cessation complète ou incomplète des phénomènes morbides. Quelques auteurs prétendent que l'intensité des symptômes est très-variable pendant la durée de l'acuité, et que c'est particulièrement le soir et vers l'heure où les maladies aiguës ont leur paroxysme; d'autres prétendent que ces accidens arrivent sans ordre régulier. D'après ce qu'on remarque, il me semble que l'apoplexie a toujours une marche continue, et que ses rechutes ne sauraient la faire regarder comme intermittente.

Cette maladie se prolonge rarement au-delà du neuvième jour dans son état d'acuité. Sa durée ordinaire est d'un à plusieurs jours; dans certains cas, elle se termine en quelques heures. Des auteurs disent même que la mort peut arriver après quelques minutes. Si on s'en rapporte aux observations de *Morgagni* et à la longue expérience du docteur *Rostan*, on peut affirmer avec eux que la mort n'arrive jamais avant quelques heures. Certaines maladies du cœur offrent seules des exemples d'une mort instantanée.

L'apoplexie peut se terminer 1°. par le retour à la santé, 2°. par une autre maladie, 3°. par la mort.

On observe rarement le retour à une santé parfaite; on en trouve cependant quelques exemples rapportés par MM. *Morgagni*, *Serre*, *Riobé* et autres. Le plus ordinairement, lorsque cette affection ne se termine pas par la mort, elle laisse après elle des infirmités plus ou moins graves, telles que l'hémiplégie, la cécité, la surdité, les tremblemens, l'assoupissement, l'affaiblissement et quelquefois la perte totale des facultés intellectuelles, surtout du jugement et de la mémoire; les malades restent hébétés, tremblans, timides, pusillanimes; ils traînent une vie végétative; souvent d'autres attaques viennent mettre un terme à leurs souffrances. L'épanchement de sérosité, le ramollissement, l'atrophie du cerveau, des fièvres ataxiques, adynamiques, sont encore des maladies qui en sont la suite.

La mort est malheureusement la terminaison la plus fréquente; elle arrive, comme nous l'avons dit, plus tôt ou plus tard, et quel-

quefois très-rapidement. Un grand nombre d'auteurs qui ont parlé de cette maladie regardent comme annonçant une terminaison heureuse les sueurs, de la fièvre, des hémorrhagies nasales, un flux copieux d'urine, l'écoulement des menstrues, des selles copieuses; en général, le rétablissement d'une sécrétion importante et celui des fonctions gastriques, parce qu'ils annoncent que le cerveau reprend de l'empire sur les viscères, et qu'il commence à ressentir les impressions qu'ils lui transmettent.

Diagnostic.

Le diagnostic est en général assez facile, et l'ensemble des symptômes qui accompagnent cette maladie est assez caractéristique pour qu'on soit rarement en danger de se méprendre. Lorsqu'elle existe à un haut degré, il est indispensable, pour l'établir avec précision, d'obtenir des assistans des informations exactes sur les circonstances et les phénomènes qui ont précédé l'attaque.

C'est d'après la succession des symptômes et la marche de la maladie, plutôt que d'après les signes actuels, qu'il est possible au médecin, souvent appelé trop tard, d'asseoir un jugement certain. Les auteurs indiquent une assez longue série de maladies avec lesquelles on pourrait la confondre. Ces diverses maladies sont : l'épilepsie, la catalepsie, l'hystérie, la syncope, le narcotisme, l'ivresse, la méningite, le ramollissement aigu, la congestion cérébrale. Toutes ces maladies se distinguent de l'apoplexie par des signes particuliers que je vais exposer le plus brièvement possible.

L'*épilepsie* est caractérisée par des convulsions, de l'écume à la bouche, la dilatation et l'immobilité des pupilles, mais jamais de paralysie partielle. Le coma qui survient après les convulsions peut bien en imposer, mais alors il n'y a pas de paralysie d'un côté du corps.

L'*hystérie* arrive chez les femmes; elle se reconnaît aux cris que pousse la malade, à la boule hystérique et aux convulsions, sans perte du sentiment et de la mémoire.

Catalepsie. Elle est assez caractérisée par la faculté que les malades ont de conserver, tant qu'on le veut, la position, quelque gênante qu'elle soit, que l'on fait prendre à leur corps ou à leurs membres.

Dans la *syncope*, il y a pâleur générale, faiblesse ou absence complète du pouls, respiration insensible, perte complète du sentiment et du mouvement.

L'*asphyxie* se présente avec la suspension de la respiration, nullité du pouls, coloration livide de la face; avec mort apparente, et qui devient réelle si elle se prolonge quelque temps.

Dans l'*ivresse*, on n'observe que des phénomènes généraux, et le malade exhale une odeur particulière à cet état.

Méningite. Son invasion n'est jamais si brusque; l'intelligence est ordinairement troublée; les mouvemens peuvent bien être intervertis, mais ils ne sont pas perdus.

Ramollissement. Quelque aigu qu'il soit, il est rare que l'invasion soit si rapide: toujours de la douleur, des fourmillemens, de la faiblesse dans le membre qui doit être frappé de paralysie; de la claudication se manifeste quelquefois, quoique avec une intensité variable.

Congestion. Les effets sont ordinairement généraux, mais toujours fugaces ou promptement mortels.

Dans la *commotion*, les symptômes suivent immédiatement la cause, et vont en diminuant successivement; ou bien ils se terminent promptement par la mort avec paralysie générale, et jamais d'une seule partie du corps, à moins que la commotion ne dure depuis quelque temps, et que les symptômes qui avaient paru diminuer ne viennent à s'aggraver de nouveau; ce qui tient alors à un épanchement dans l'intérieur du crâne. Dans ce cas, aux symptômes de commotion succèdent ceux de compression avec paralysie d'un côté du corps et une respiration stertoreuse.

Prognostic.

L'apoplexie est, en général, une maladie fort dangereuse, et l'observation confirme de plus en plus cet aphorisme d'Hippocrate : *Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile; debilem verò, non facile.* (Hipp., aph. 42, sect. 2.) Son prognostic varie cependant d'après l'intensité des symptômes. Une constitution replète, un âge avancé, la complication d'autres maladies, la respiration stertoreuse, les sueurs froides, les convulsions, le coma persistant, l'insensibilité et l'immobilité prolongées, la paralysie de l'œsophage et des sphincters, le pouls faible et dur ou petit et faible, le rendent très-fâcheux.

Lorsque la maladie a débuté brusquement et avec violence, on doit regarder comme signes favorables que la respiration devienne plus facile, que le pouls se rapproche de son rhythme naturel, que la déglutition se rétablisse, que les urines coulent librement, qu'il y ait quelque évacuation alvine volontaire, et que la sensibilité et le mouvement des muscles se raniment.

L'apoplexie qui succède à l'épilepsie, celle qui suit de grandes évacuations supprimées, sont le plus souvent mortelles, ainsi que celle des vieillards adonnés aux plaisirs de l'amour. Malgré ces signes que nous donnons pour base du prognostic, on doit néanmoins être très-réservé dans son jugement. M. *Portal* dit avoir vu des apoplexies formidables par l'intensité de leurs symptômes se terminer heureusement; tandis que d'autres, en apparence très-simples, se terminent d'une manière funeste.

Anatomie pathologique.

Les altérations qu'on trouve dans le corps des apoplectiques sont variables. Les unes sont accidentelles, les autres plus ou moins constantes; enfin il en est qui sont inséparables de cette maladie.

Au nombre des premières se trouvent les diverses ossifications des

carotides, des tumeurs de différente nature, tantôt tirant leur origine des membranes du cerveau, tantôt ayant leur siége dans la substance même de cet organe; des adhérences plus ou moins anciennes, plus ou moins fortes du crâne à la dure-mère; enfin, des vices de conformation dans la boîte osseuse, soit qu'elle soit plus étroite, soit que les parois soient plus épaisses que dans l'état ordinaire.

Dans la seconde série, on peut placer la chaleur du corps et la flexibilité des membres se conservant long-temps après la mort. La présence d'ecchymoses plus ou moins étendues sur le cou et les parois thoraciques, le gonflement de la tête et du visage; les enveloppes du cerveau sont sèches ou injectées de sang, les sinus de la dure-mère et les parois osseuses elles-mêmes en sont gorgés; les circonvolutions sont aplaties, déprimées, effacées; leurs contours, au lieu d'être arrondis, sont anguleux. Lorsqu'on coupe la substance cérébrale par tranches, on en voit suinter une multitude de petites gouttelettes sanguinolentes, en même temps qu'on s'aperçoit de sa plus grande consistance. Ces altérations ne se rencontrent ordinairement que dans les cas où la mort a suivi l'attaque de peu de jours.

Troisième série. *Lésions constantes.* Elles sont au nombre de deux: l'épanchement du sang, l'altération de la substance propre du cerveau.

L'épanchement du sang offre à considérer, son siége, sa quantité, sa couleur, et les divers changemens que le temps lui fait subir. Il est hors de contestation que l'épanchement a toujours lieu dans l'hémisphère opposé à la paralysie; s'il est quelques observations contradictoires, il est naturel de supposer que l'observateur n'aura pas mis assez d'exactitude dans l'examen des faits. D'après M. *Rostan*, l'hémorrhagie se fait toujours dans la substance cérébrale; mais, suivant qu'elle est plus ou moins rapprochée des ventricules ou de la surface extérieure du cerveau, le sang peut s'épancher dans les ventricules ou en dehors de la masse encéphalique. La quantité de sang varie d'un gros à quatre et six onces. Il n'est pas rare de trouver, dans

une hémorrhagie faible, plusieurs petits foyers apoplectiques de la grosseur d'une noisette, et même au-dessous. A sa quantité variable correspondent, comme nous l'avons déjà dit, des symptômes analogues sur lesquels ont été fondés les divers degrés de l'apoplexie. Ainsi, un épanchement léger occasionera un simple étourdissement, quelquefois sans perte de connaissance, avec cécité, paralysie de la langue ou faiblesse persistante d'un des côtés du corps ; tandis que, plus considérable, il sera suivi d'une perte complète de connaissance avec hémiplégie ; et dans ce qu'on a appelé *hémorrhagie forte* ou *foudroyante*, il pourra être tel, que le malade tombera dans un carus léthargique, suivi d'une mort prompte et inévitable. Dans une hémorrhagie récente, le sang se présente sous un aspect noirâtre, en caillots mous. Au bout de quelques jours, le caillot diminue de volume ; c'est alors que les phénomènes de compression s'amendent ; en même temps, il augmente de consistance et revêt une couleur moins foncée ; plus tard, il augmente encore de consistance, diminue de grosseur, et pâlit de plus en plus ; enfin, au bout de six semaines à deux mois, il finit par n'être plus que d'un jaune safrané, et disparaît entièrement.

Lésion de la substance cérébrale. Lorsque l'hémorrhagie se fait dans l'épaisseur du cerveau, le sang se trouve contenu dans des poches caverneuses, communiquant tantôt dans les ventricules, tantôt en dehors du cerveau par des déchirures. Les parois de ces cavernes sont molles, colorées en rouge par le sang, dans l'épaisseur d'une ligne à deux, anfractueuses, visiblement déchirées à leur face interne, et présentent des lambeaux flottans quand on les agite dans l'eau ; elles sont entourées par une couche de substance cérébrale, d'une à trois lignes d'épaisseur, d'un jaune serin pâle, pulpeuse. La mollesse et la couleur de cette couche diminuent d'intensité à mesure qu'on s'éloigne de la surface interne des parois, et il devient bientôt impossible de déterminer le lieu précis où le cerveau reprend sa couleur et sa texture naturelles. Quand l'hémorrhagie s'effectue près de la surface

extérieure ou près des ventricules, le ramollissement jaune est moins prononcé et souvent difficile à reconnaître.

Telles sont les altérations que présente la substance cérébrale lorsque l'apoplexie est récente; mais elles offrent des changemens remarquables à mesure que le sang est résorbé. Ne pouvant en donner une meilleure description que celle de M. le professeur *Cruveilhier* (Essai d'anatomie pathologique), je me bornerai à la transcrire. « Dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'attaque d'apoplexie, dit-il, on trouve une déchirure inégale de la substance cérébrale et un sang, partie coagulé, partie liquide. Vers le quatrième ou cinquième jour, la substance environnante présente une couleur jaunâtre tout à fait analogue à celle de la peau et du tissu cellulaire dans les contusions extérieures. Vers le neuvième, dixième ou quinzième jour, le caillot, plus solide, adhère aux parois, qui sont rouges et molles. Si l'on divise ces parois par lames très-minces, on trouve, sous les plus internes, d'autres lames formées par la substance cérébrale tachetée de points rouges : il n'y a point encore de membrane véritable; mais la couche rouge extérieure paraît en être le rudiment. A une époque plus avancée, la rougeur diminue, l'aspect membraneux est plus évident. Enfin, si l'on ouvre des individus morts un an, deux ans, six ans, etc., après une attaque d'apoplexie, on trouve un kyste d'une capacité variable, formé par une membrane très-fine, jaunâtre ou rougeâtre, contenant de la sérosité jaunâtre. » On ajoute à cela qu'à mesure que le sang épanché et la sérosité diminuent par l'effet de l'absorption, la capacité du kyste se réduit, ses parois s'épaississent, contractent des adhérences; sa cavité s'oblitère, l'organe se confond de plus en plus avec la substance cérébrale, et n'offre, au bout d'un temps indéterminé, qu'une cicatrice jaunâtre ou un tissu lamineux, quelquefois infiltré d'une sérosité jaunâtre.

Il nous reste à dire quelque chose sur le siége précis de l'hémorrhagie. D'après les observations de *Morgagni* et M. *Rochoux*, le côté droit et le côté gauche donnent à peu près le même nombre d'épanchemens. L'hémorrhagie dans les deux côtés à la fois se montre très-

rarement. Les corps striés et les couches optiques sont les parties du cerveau où elle arrive le plus souvent : viennent ensuite les différens points du cerveau ; le cervelet en est très-rarement le siége. M. *Rostan* l'a rencontrée plusieurs fois dans le mésocéphale ; les accidens qui en ont été la suite sont les mêmes que ceux de l'apoplexie foudroyante.

Les parties du cerveau qui président à tel ou tel mouvement ne sont point encore déterminées, et les savantes discussions qu'a fait naître ce sujet ne présentent pas encore des résultats assez positifs pour que nous puissions en parler longuement. Nous savons seulement que la paralysie d'un côté du corps répond à une altération de l'hémisphère du cerveau qui lui est opposé. Il paraît aussi assez certain que les corps striés et leurs radiations correspondent aux mouvemens des membres inférieurs, et les couches optiques aux membres thoraciques.

Traitement curatif.

Rien n'est plus bizarre et plus ridicule que la thérapeutique des anciens ; nous ne nous y arrêterons pas, et nous passerons de suite aux moyens qui nous paraissent le mieux appropriés à la nature de la maladie. Les bases sur lesquelles doit reposer le traitement sont relatives à l'épanchement du sang, à la tendance qu'a l'hémorrhagie de se continuer : ainsi, toute thérapeutique se réduit, 1°. à combattre l'hémorrhagie, 2°. à détruire l'effort qui tend à la renouveler ; 3°. à faciliter l'absorption du sang.

Première indication Les saignées générales et locales sont, sans contredit, le moyen le plus efficace que nous puissions opposer à l'hémorrhagie du cerveau : on en mesure la quantité sur la gravité des symptômes, l'âge et les forces du sujet. Presque tous les auteurs conseillent de pratiquer un grand nombre de saignées : je ne suis pas de leur avis ; je crois que les sujets atteints de cette maladie présentent rarement des conditions qui réclament quatre à cinq saignées : la plupart, en effet, sont très-âgés et doués de peu de force. Il faut

donc se renfermer dans de justes limites, et ne pas tirer une quantité de sang si abondante, que la nature ne trouve plus assez de force pour obtenir la résolution du sang épanché. *Arétée* avait déjà remarqué que les émissions sanguines trop copieuses étaient vraiment nuisibles, et l'expérience de M. *Rochoux* et de beaucoup d'autres est venue confirmer la vérité de cette remarque. Il arrive quelquefois (et j'en ai vu plusieurs exemples à la Salpêtrière) que le malade est si âgé et si faible, qu'une saignée pourrait compromettre ses jours; une application de sangsues, dans ces cas, serait seule permise. La première saignée doit toujours être très-abondante; mais, en général, comme le dit M. *Portal*, qu'elle soit proportionnée à l'intensité du mal et à la quantité de sang présumée du malade, relativement à ses forces, à sa constitution, à son âge, à son sexe et aux autres circonstances qu'il faut prendre en considération. *Valsalva*, *Bérenger*, *Heister*, *Cullen*, etc., conseillent la saignée de la jugulaire, qui paraît avoir un effet plus prompt, en désemplissant directement les vaisseaux du cerveau. Quelques auteurs conseillent d'ouvrir l'artère temporale, dans l'intention de diminuer beaucoup la quantité et l'impétuosité du sang qui se porte au cerveau. Cette artère, qui n'est qu'une très-petite branche de l'artère carotide, ne peut guère porter de sang dans l'intérieur du crâne que par quelques petits canaux; le reste se distribue aux tégumens du crâne. M. le professeur *Cruveilhier* dit avoir obtenu de bons effets de l'ouverture de la veine pituitaire; la saignée de la saphène offre aussi d'heureux résultats. L'ouverture de ces divers vaisseaux n'est pas également facile pour tous et offre plusieurs inconvéniens. D'ailleurs l'empressement à donner des secours et la difficulté de pratiquer promptement les saignées font que souvent on ouvre les veines du bras, préférablement du bras opposé à la paralysie, dont le sang s'écoule plus promptement et plus facilement. Dans tous les cas, le malade sera couché la tête et le front fortement élevés; cette position est la plus propre à débarrasser la tête, malgré la supposition que les lois physiques n'ont pas d'influence sur la circulation. Je crois qu'on pourrait, dans cette première période, mettre en usage avec succès

les purgatifs et les irritans, soit pour seconder la saignée, soit pour rappeler le malade du sommeil léthargique où il est plongé.

Deuxième indication. Le sang des premières saignées ne présente rien de remarquable chez les apoplectiques (a dit M. *Rochoux*), mais celui des dernières laisse voir assez constamment la couenne pleurétique. Cette circonstance nous apprend qu'il faut lutter tout à la fois contre l'effort hémorrhagique et la phlegmasie dont se trouve affectée la portion rupturée du cerveau. D'autres signes plus constans doivent fournir de nouvelles lumières et une source d'indications plus positives. Cette phlegmasie, en effet, peut-elle exister sans symptômes locaux et généraux saisissables? Je ne le pense pas, et l'observation démontre que, plus ou moins long-temps après que le malade est revenu de son assoupissement, il survient des douleurs de tête plus ou moins vives; il survient ensuite de la fréquence dans le pouls, de la soif, de la chaleur et même de la sueur à la peau, etc. Les agens thérapeutiques mis en usage pour satisfaire à cette seconde indication sont : les sangsues appliquées derrière les oreilles ou à la nuque, les ventouses scarifiées employées avec succès par *Arétée* et *Morgagni*. Les applications d'eau froide ou de glace pilée sur la tête, maintenues pendant long-temps et souvent réitérées, sont des moyens dont MM. *Lallemand* et *Bouillaud* ont eu à se louer dans beaucoup de cas analogues. Pendant ce temps, le malade fera usage d'une tisane délayante, une tisane d'orge, de chiendent, de chicorée sauvage, avec ou sans addition de manne, de crème de tartre, de sulfate de soude, de tamarin, etc.; on lui donnera chaque jour des lavemens laxatifs, et il sera soumis, pendant un temps convenable, à la diète des maladies aiguës. Le temps pendant lequel le malade sera soumis à ces moyens ne peut être limité que par le praticien. Les vésicatoires, les purgatifs doivent être interdits; car avant d'opérer une révulsion salutaire ils détermineraient une surexcitation générale, qui pourrait exercer une funeste influence sur la partie du cerveau déjà enflammée. Si toutefois des lavemens simples ou laxatifs ne peuvent entre-

tenir la liberté du ventre, on pourra avec avantage employer de légers purgatifs. Les émétiques doivent être sévèrement proscrits.

Troisième indication. Les moyens indiqués pour obtenir la résorption du sang sont : les vésicatoires, les sinapismes, les moxas, les sétons, les purgatifs. Ces moyens ne doivent être employés que lorsque tout symptôme de réaction a disparu ; dans le cas contraire, il vaudrait beaucoup mieux abandonner la guérison aux efforts de la nature que d'employer des moyens thérapeutiques qui détermineraient une nouvelle secousse dans toute l'économie et renouvelleraient l'hémorrhagie. Des faits nombreux sont là pour attester les funestes suites de leur emploi trop prématuré. On a encore préconisé contre la paralysie des linimens, des bains aromatiques, minéraux ,sulfureux ; la strychnine, l'électricité, le galvanisme. Je laisse au lecteur médecin le soin de juger de quelle efficacité peuvent être de tels moyens.

Quant aux soins généraux, ils consistent, 1°. à placer le malade de telle manière que la tête soit plus élevée que le reste du corps; 2°. à lui faire garder l'immobilité la plus complète, et à éviter principalement les mouvemens brusques ; 3°. à le maintenir dans un air frais, à le couvrir légèrement, surtout à la tête ; 4°. enfin à surveiller les excrétions, et notamment celles des matières fécales et de l'urine.

Traitement prophylactique.

D'après l'extrême gravité de l'apoplexie et l'impuissance de l'art dans la plupart de ses attaques, de quelle importante utilité ne doit pas être le traitement prophylactique? C'est effectivement le plus efficace : il convient également aux personnes qui, par leur constitution, leurs habitudes, leurs travaux, leur manière de vivre, sont disposées à l'apoplexie, et à celles qui, en ayant déjà été frappées, ont à se préserver de rechutes.

Le traitement préservatif consiste presque uniquement dans l'observation judicieuse des règles de l'hygiène ; les remèdes n'y sont qu'accessoires.

Circumfusa. Les personnes disposées à l'apoplexie habiteront un lieu commode et sain, où l'on n'entretiendra qu'une médiocre chaleur, et dont l'air sera constamment renouvelé; elles éviteront avec soin un froid trop rigoureux, et se mettront à l'abri des changemens brusques de l'atmosphère.

Applicata. Les vêtemens, appropriés aux saisons, seront aisés, afin de ne gêner en rien la circulation : les lits seront plutôt formés de laine et de crin que de plume et d'édredon, ces dernières substances ayant l'inconvénient de favoriser les congestions cérébrales par la vive chaleur qu'elles entretiennent : les couvertures seront très-légères, pour le même motif.

Les bains chauds seront proscrits; on ne permettra qu'avec beaucoup de réserve les bains tièdes de propreté. Les bains froids, dont l'effet est de refouler le sang de la périphérie au centre, et de le porter vers la tête, avec d'autant plus de facilité que celle-ci, ne plongeant pas dans l'eau, conserve une température au-dessus du reste du corps, devront également être défendus.

Ingesta. Les substances alimentaires ou médicamenteuses qui ont sur l'encéphale une action forte et prompte, devront être rejetées avec sévérité; les épices, les vins, les liqueurs alcoholiques, le café, les narcotiques seront de ce nombre. Les excès de table sont indubitablement dangereux. Le régime sera doux, peu abondant, composé de substances dont la digestion fatigue peu l'estomac, et qui sont peu fécondes en propriétés.

Les végétaux frais, les légumes légers, les fruits bien mûrs ou cuits, les viandes réputées légères, devront former le régime de ces malades. L'eau rougie, la bière coupée, la limonade et autres boissons rafraîchissantes, seront les seules qu'on permettra. On conçoit que ce régime devra varier selon une foule de circonstances individuelles, selon la force, la constitution et les habitudes du sujet. Il serait trop long d'entrer dans des développemens à cet égard : la sagacité du médecin devra déterminer les cas particuliers.

Excreta. On aura le plus grand soin d'entretenir les évacuations naturelles ; on évitera surtout la constipation au moyen de lavemens, ou en prenant de temps à autre un doux laxatif. Les évacuations périodiques, telles que les flux menstruel et hémorrhoïdal ; les excrétions habituelles, telles qu'un exutoire, un ancien ulcère ou une éruption cutanée invétérée, seront soigneusement respectées : leur suppression pouvant devenir cause déterminante de l'apoplexie, on se hâtera de les rétablir. On respectera l'habitude des saignées et des purgatifs de précaution, que quelques personnes contractent.

Gesta. Un exercice modéré, suivi d'un repos proportionné, sera très-convenable ; on évitera les excès contraires de l'activité et de l'inaction. Le sommeil surtout ne sera pas trop prolongé ; les veilles, les travaux forcés du cabinet seront défendus. On aura soin de varier ses occupations, et de ne pas se livrer trop long-temps à des méditations sérieuses.

Percepta. On évitera avec soin les excès dans les plaisirs de l'amour, toute passion vive, les grandes émotions, telles qu'un violent emportement de colère, une joie excessive. On engagera le malade à se choisir une société gaie, aimable, et à bannir le chagrin.

Les règles d'hygiène qui viennent d'être prescrites, ayant toutes pour but de prévenir la pléthore et les congestions cérébrales, ne sauraient être d'une application générale ; elles doivent subir de nombreuses modifications, selon l'âge, le sexe, la force, la constitution et les habitudes du malade.

PROPOSITIONS

DE

MÉDECINE.

I.

Ce n'est que par les recherches d'anatomie et les expériences physiologiques qu'on peut espérer de déterminer les diverses parties du cerveau qui correspondent à tel ou tel phénomène de la vie animale.

II.

L'éruption variolique n'est pas précédée d'une gastrite ni d'une gastro-entérite.

III.

On n'a jamais vu l'érysipèle se terminer par délitescence. On aura probablement pris pour érysipèle un simple érythème.

IV.

Une fièvre intermittente n'est pas une gastro-entérite.

V.

On ne doit pas regarder le rhumatisme comme inflammatoire; on doit plutôt le ranger parmi les fluxions.

VI.

Un individu mort anévrysmatique sans œdème ne devra pas présenter de rétrécissement à l'orifice de l'aorte.

VII.

L'anévrysme n'est pas plus fréquent à la suite de la péricardite qu'à la suite de toute autre maladie.

VIII.

La profession de tailleur n'expose pas plus aux affections organiques du cœur que toute autre profession.

IX.

Jamais une pleurésie double n'a été observée sans lésion organique des poumons.

X.

On ne rencontre d'ulcérations dans la trachée-artère que dans la phthisie.

XI.

Les plèvres n'ont été trouvées libres dans aucun cas de cette maladie.

XII.

Des individus atteints de catarrhe devront faire soupçonner la présence de tubercules dans les poumons lorsqu'au bout de deux mois ils offriront un amaigrissement progressif.

XIII.

Le pneumo-thorax n'appartient qu'à la phthisie.

XIV.

La péritonite chronique tuberculeuse est toujours concomitante avec la phthisie.

XV.

Des tubercules peuvent exister en grand nombre dans les poumons sans occasioner de toux ou de dyspnée, et même sans que la percussion et l'auscultation puissent en révéler l'existence.

XVI.

Chez le plus grand nombre des sujets affectés de maladies chroniques de l'estomac, le cœur est troublé sympathiquement dans ses fonctions ; mais il est important de savoir que ces symptômes, qui ne sont que sympathiques dans le commencement, deviennent à la longue l'indice d'une lésion organique du cœur.

XVII.

Le signe le plus positif de l'action de la digitale est l'irrégularité du pouls survenant peu de temps après son administration.